



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM ATENÇÃO BÁSICA 2018

Claudio Eduardo Farias Nunes Pereira

Lesões de pele malignas e pré-malignas

Florianópolis, Março de 2023

Claudio Eduardo Farias Nunes Pereira

Lesões de pele malignas e pré-malignas

Monografia apresentada ao Curso de Especialização na Atenção Básica da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de Especialista na Atenção Básica.

Orientador: Paola da Silva Diaz
Coordenadora do Curso: Profa. Dra. Fátima Buchele Assis

Florianópolis, Março de 2023

Claudio Eduardo Farias Nunes Pereira

Lesões de pele malignas e pré-malignas

Essa monografia foi julgada adequada para obtenção do título de “Especialista na atenção básica”, e aprovada em sua forma final pelo Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profa. Dra. Fátima Buchele Assis
Coordenadora do Curso

Paola da Silva Diaz
Orientador do trabalho

Florianópolis, Março de 2023

Resumo

Introdução O câncer de pele é o tipo mais comum de câncer no mundo causado principalmente pela exposição excessiva ao sol. De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), os maiores registros de câncer de pele são encontrados nas regiões Sul e Sudeste, com as taxas mais altas em Santa Catarina e Rio Grande do Sul. Apesar dos baixos níveis de UV nas regiões Sul e Sudeste, os resultados mostram um maior número de casos de câncer de pele não melanoma (NMSC) nessas regiões onde a população branca é predominante. **Objetivos** O objetivo do presente trabalho foi estudar e apresentar a população da UBS e agentes comunitários de saúde o problema das lesões pré-neoplásicas, como intervir nelas e evitar o desenvolvimento do câncer ou fazer o tratamento precoce. **Metodologia** Para alcançar os objetivos dessa trabalho será realizado uma apresentação do assunto em reunião com agentes de saúde, produzido banner para disponibilizar na ESF e realizado atividade de educação em saúde. **Resultados Esperados** Espera-se que essas informações sejam compartilhadas com os usuários pois são importantes para a população de nossa região da UBS, pois se trata do Rio Grande do Sul e de agricultores, além de pele e olhos claros decorrentes da colonização predominantemente alemã e italiana da Serra do estado.

Palavras-chave: Carcinoma Basocelular, Carcinoma de Células Escamosas, Carcinoma, Diagnóstico Precoce

Sumário

1	INTRODUÇÃO	9
2	OBJETIVOS	11
2.1	Objetivo Geral	11
2.2	Objetivos Específicos	11
3	REVISÃO DA LITERATURA	13
4	METODOLOGIA	25
5	RESULTADOS ESPERADOS	27
	REFERÊNCIAS	29

1 Introdução

A nossa UBS fica na zona rural, com pequenas propriedades rurais de classe média (agricultura familiar). Grande parte da população do território tem descendência germânica e alguns até conservam o uso do dialeto alemão o que pode implicar em uma comunicação menos efetiva. Além disso a predominância de hábitos culturais alemães tem repercussão na alimentação. Percebe-se que no território conservam-se atividades em comunidade, como kerbs, festas comunitárias e de igreja, tanto católica quanto evangélica. Atualmente o acesso à educação se estende a todo território, porém, nota-se que as pessoas mais idosas possuem escolaridade mais baixa

O paciente de nossa região é um colono, de origem alemã, com médio poder aquisitivo, sendo poucos de baixa renda. Trabalha na lavoura, ou zona rural próxima à cidade. São adultos e muitos idosos, pois os jovens geralmente deixam o campo pela cidade. São portadores de muitas doenças crônicas devido a faixa etária e são poucas crianças e gestantes, devido aos motivos já citados.

A nossa UBS comporta 5 regiões (microáreas) diferentes:

Com citados acima, principalmente doenças crônicas como hipertensão, diabetes, doenças do trato digestório, doenças de pele por exposição solar.

As queixas mais comuns:

Nossa UBS possui pediatra e ginecologista.

Nos dias que não tem especialista são atendidas pelo médico do Mais Médicos.

São infecção de vias aéreas superiores, diarreia e cólicas.

Em relação as doenças e os agravos mais comuns.

Doenças gastroesofágicas, seja gastrite ou DRGE (doença do refluxo gastroesofágico). Alergias devido a contato com pólenes (árvores, milho) devido a ser área rural, mordedura de insetos, especialmente aranhas, doenças ortopédicas (lombalgia e lombociatalgia) e devidas a corte de lenha para carvão (traumatismos e doenças respiratórias), doença de

Tabela 1 – Dados populacionais da comunidade.

Microárea	Quantidade
01	85
02	69
03	52
04	65
05	37
Total	1810

exposiçõesolar, como câncer de pele.

O problema a sertrabalhado no seu projeto de intervenção: Doença de pele, com ênfase em lesões pré-neoplásicase neoplásicas de pele.

A justificativa para a escolha do problema é um assunto importante, já nos deparamos com alguns casos (câncer epidermóide e basocelularde rosto e melanoma). Chance de intervenção e importante a educação sobre o problema. Foi um dos assuntos escolhidos em conversa com a equipe de ESF, porisso a escolha também.

O estudo do tema é importante para toda a população, já que se trata de população rural, com grandeexposição solar durante décadas com pele e olhos claros, o que aumenta o riscode câncer de pele.

Tem magnitude, transcendência, trata-se deuma vulnerabilidade e baixo custo de implementação, pois é uma atividadeeducativa que já consta das atividades da equipe do ESF.

Pode ser implementado, pois trata-se deação educativa, que se constitui entre as ações que são preconizadas eestimuladas pela secretaria de saúde do município e tem repercussão importante.

É oportuno neste momento considerando que , os pacientes da unidade de saúde são idosos, vivem na lavoura e se expuseram ao sol durante muito tempo, então são grupo de risco e houve já alguns casos no ano que passou.

O projeto está de acordo comos interesses da comunidade e da unidade de saúde, encontra-se entre as atividadespreconizadas e estimuladas pela secretaria de saú *de*.

2 Objetivos

2.1 Objetivo Geral

Reduzir os casos de câncer de pele

2.2 Objetivos Específicos

- Apresentar assunto em reunião com agentes de saúde.
- Produzir banner para disponibilizar na ESF
- Realizar atividade de educação em saúde

3 Revisão da Literatura

O câncer de pele é o tipo mais comum de câncer no mundo. É classificado em melanoma (correspondendo a 4% dos casos) e não melanoma: carcinomas basocelular, ou de células basais, (70 a 80% dos casos) e carcinoma espinocelular (25% dos casos) (SILVA et al., 2017). É mais comum em pessoas com mais de 40 anos e é considerado raro em crianças e pessoas negras. Causado principalmente pela exposição excessiva ao sol (GOLDMAN; SCHAFER, 2017).

A pele deve ser examinada de forma sistemática e sob boa iluminação. O ideal é pedir ao paciente que indique manchas e pintas na pele que o preocupem. A concordância de examinadores em relação a algumas das características mais importantes do melanoma (assimetria, cor variável, irregularidade das bordas) é de regular a moderada. É improvável que uma lesão simétrica, com bordas regulares, de uma só cor, medindo 6 mm ou menos ou cujo tamanho não tenha aumentado, represente um melanoma (RVP de 0,07). Entretanto, um número maior de achados aumenta bastante a probabilidade de melanoma (RVP de 2,6 para dois ou mais achados e RVP de 98 para a presença de todos os cinco achados). Os carcinomas basocelulares e os carcinomas espinocelulares ocorrem numa frequência ainda maior do que melanomas. Essas lesões podem ser detectadas em exames de rotina com atenção cuidadosa a regiões do nariz, rosto, antebraços e mãos, expostas ao sol (GOLDMAN; SCHAFER, 2017).

A maior fonte de radiação UV que incide sobre a população é a luz solar, cuja intensidade varia de acordo com a latitude, a altitude e a estação do ano. As fontes importantes produzidas pelo homem incluem as lâmpadas que emitem luz no espectro solar e para bronzeamento, os arcos de soldagem, as tochas-plasma, as lâmpadas de luz negra e as germicidas, os fornos de arco elétrico, operações de fundição pesada, as lâmpadas de vapor de mercúrio e alguns lasers. As fontes de baixa intensidade incluem as lâmpadas fluorescentes e determinados equipamentos de laboratório. As reações cutâneas à radiação UV, comuns entre as pessoas de pele clara, incluem queimaduras solares, câncer de pele (carcinoma basocelular e espinocelular e, em menor grau, melanoma), envelhecimento da pele, elastose e ceratose solares (GOLDMAN; SCHAFER, 2017).

De acordo com a Sociedade Brasileira de Dermatologia (SBD), os maiores registros de câncer de pele são encontrados nas regiões Sul e Sudeste, com as taxas mais altas em Santa Catarina e Rio Grande do Sul (SILVA et al., 2017).

Apesar dos baixos níveis de UV nas regiões Sul e Sudeste, os resultados mostram um maior número de casos de câncer de pele não melanoma (NMSC) nessas regiões onde a população branca é predominante. No geral, nas regiões sul, cerca de 50 novos casos de NMSC cada 100.000 habitantes são diagnosticados a cada ano. Estas as taxas diminuem quase 40% nas regiões Centro-Norte e mais de 80% na região Nordeste, onde a

Tabela 2 – Casos de câncer de pele (por 100.000 habitantes) no Brasil.

Regiões geográficas	Não melanoma	Melanoma
Brasil	32,6	1,7
Sudeste	51,3	3,3
Sul	47,6	0,6
Norte-Centro	32,3	0,5
Nordeste	10,8	0,5

miscigenação é comum (CORRÊA; DUBUISSON; PLANA-FATTORI, 2003).

Lesões pré-cancerosas e câncer de pele são raros nos asiáticos e têm recebido pouca atenção na literatura. No Japão, a prevalência de ceratose actínica varia de 0,76% a 5%, e a incidência de câncer de pele não melanoma é de 1,2 a 5,4 / 100 mil. Os nipo-brasileiros de Bauru apresentaram uma prevalência de 13,4% de ceratoses actínicas e idade mais precoce de início. A proximidade com o Equador e um histórico agrícola contribuem para essas taxas mais altas. A presença de melanose solar foi associada a um risco de 1,9 vezes de desenvolver ceratose actínica (ISHIOKA et al., 2009).

Essas informações são importantes para a população de nossa região da UBS, pois se trata do Rio Grande do Sul e de agricultores, além de pele e olhos claros decorrentes da colonização predominantemente alemã e italiana da Serra do estado.

Cânceres de pele não melanoma (NM)

Tanto carcinomas basocelulares quanto carcinomas espinocelulares surgem da camada epidérmica da pele. O risco primário para esses tipos de cânceres de pele é a exposição à radiação ultravioleta, especialmente exposição solar, mas também a câmaras de bronzeamento artificial. Uma história de ceratose actínica e infecção cutânea pelo papilomavírus humano (HPV) também aumenta o risco de carcinoma espinocelular. Os carcinomas basocelulares são o mais comum de todos os cânceres. Sua aparência típica é de pápulas peroladas, frequentemente com uma ulceração central ou com múltiplas telangiectasias. Os pacientes geralmente apresentam-se com uma lesão em crescimento e, às vezes, queixam-se que ela sangra ou coça. Os carcinomas basocelulares raramente apresentam metástases, mas podem crescer bastante e ser localmente destrutivos. O tratamento primário é a excisão. Os carcinomas espinocelulares têm uma taxa mais alta de metástase que os basocelulares, mas o risco ainda é baixo. Essas lesões frequentemente são placas irregulares ou nódulos com bordas elevadas. Com frequência são escamosos, ulcerados e sangram com facilidade. A excisão completa é o tratamento de escolha (TOY; BRISCOE; BRITTON, 2013).

Esses cânceres são divididos nos tipos de melanoma e não melanoma, o último conhecido como carcinomas basocelulares (CBC) e carcinomas espinocelulares (SCC). As taxas de cura podem chegar a 95% quando detectadas e tratadas precocemente (SILVA et al.,

Tabela 3 – Categorização morfológica das lesões e das doenças cutâneas

Papulosa - Hiperceratótica: verrugas, calos, ceratoses seborreicas
Papulosa - Púrpura-violeta: líquen plano, erupções medicamentosas, sarcoma de Kaposi.
Papulosa - Cor de carne, umbilicado: molusco contagioso
Papulosa - Peroláceo: carcinoma basocelular, nevos intradérmicos
Papulosa - Pequeno, vermelho, inflamatório: acne, miliária, candidíase, escabiose, foliculite
Ulcerada - Úlcera de decúbito, herpes simples, cânceres de pele, infecções parasitárias, sífilis (cancro), cancroide, vasculite, estase, doença arterial

2017).

Lesões de pele e câncer de pele

As doenças dermatológicas são diagnosticadas pelos tipos de lesões que elas provocam. Para fazer um diagnóstico:

1. identifique os tipos de lesões que o paciente exhibe por meio da morfologia, estabelecendo um diagnóstico diferencial (**Tabela 2**); e
2. obtenha os elementos da história, exame físico e exames laboratoriais apropriados para confirmar o diagnóstico.

Situações clínicas únicas, como o paciente de unidade de terapia intensiva (UTI), levam a considerações diagnósticas diferentes ([PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015](#)).

Lesões pré-malignas

Placas descamativas isoladas podem representar ceratoses actínicas (solares), ceratoses seborreicas não pigmentadas, doença de Bowen ou doença de Paget.

1. Ceratoses actínicas

As ceratoses actínicas são pápulas ou máculas pequenas (0,2-0,6 cm) – da cor de carne, róseas ou ligeiramente hiperpigmentadas –, ásperas como uma lixa e sensíveis ao toque. Elas ocorrem nas regiões do corpo expostas ao sol em pessoas de pele clara. As ceratoses actínicas são consideradas pré-malignas, mas somente 1:1.000 lesões por ano progridem para os carcinomas espinocelulares. A aplicação de nitrogênio líquido é um método rápido e eficaz de erradicação das ceratoses actínicas. As lesões formam crostas e desaparecem em 10-14 dias. O “tratamento de campo” com um agente tópico na região anatômica em que as ceratoses actínicas são mais prevalentes (p. ex., frente, dorso das mãos, etc.) pode ser considerado em pacientes com lesões múltiplas em uma região. Os agentes usados no tratamento de campo incluem fluorouracila, imiquimod e ingenol mebutato. A terapia fotodinâmica pode ser eficaz nos casos refratários e reduz a duração do



Figura 1 – Doença de Paget da mama circundando o mamilo. (Cortesia de University of Texas Health Sciences Center, Division of Dermatology; utilizada, com permissão, de Usatine RP, Smith MA, Mayeaux EJ Jr, Chumley H, Tysinger J. *The Color Atlas of Family Medicine*. McGraw-Hill, 2009.)

tratamento. Quaisquer lesões que persistam devem ser examinadas para possível biópsia (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

2. Doença de Bowen e doença de Paget

A doença de Bowen (carcinoma espinocelular intraepidérmico) ocorre tanto na pele exposta, quanto na protegida do sol. Em geral, a lesão é uma pequena placa descamativa (0,5-3 cm), bem delimitada, discretamente elevada, com coloração rósea a avermelhada, podendo assemelhar-se à psoríase ou a uma grande ceratose actínica. Essas lesões podem progredir para o carcinoma espinocelular invasivo. Está indicada a excisão ou outro tratamento definitivo. A doença de Paget extramamária, uma manifestação do carcinoma intraepidérmico ou do câncer geniturinário ou gastrointestinal subjacente, assemelha-se ao eczema crônico e comumente afeta as áreas apócrinas, como a genitália. A doença de Paget mamária com acometimento do mamilo, uma placa avermelhada unilateral ou raramente bilateral que pode transudar, associa-se a um carcinoma mamário intraductal subjacente (**Fig. 1**). Apesar dessas lesões serem placas avermelhadas em pessoas de cor clara, elas podem ser hiperpigmentadas em pessoas asiáticas, hispânicas e outras de pele mais escura (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015)(ISHIOKA et al., 2009).

Carcinoma basocelular

FUNDAMENTOS DO DIAGNÓSTICO

- Pápula perolada, placa eritematosa superior a 6 mm ou úlcera que não cicatriza em regiões expostas ao sol (face, tronco, pernas).



Figura 2 – Carcinoma basocelular do nariz. (Cortesia de Richard P. Usatine, MD; reproduzida, com permissão, de Usatine RP, Smith MA, Mayeux EJ Jr, Chumley H, Tysinger J. *The Color Atlas of Family Medicine*. McGraw-Hill, 2009).

- História de sangramento.
- Pessoa de pele clara com uma história de exposição ao sol (frequentemente intensa, intermitente) (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

Considerações

Os carcinomas basocelulares constituem a forma mais comum de câncer de pele. Eles ocorrem na pele exposta ao sol em indivíduos de pele clara, normal sob outros aspectos; a luz ultravioleta é a causa. A apresentação mais comum é uma pápula ou nódulo que pode exibir uma erosão ou crosta central (**Fig. 2**) (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

Ocasionalmente, os nódulos apresentam pigmento salpicado (carcinoma basocelular pigmentado). Os nevos intradérmicos sem pigmento na face de indivíduos brancos idosos podem assemelhar-se aos carcinomas basocelulares. Os carcinomas basocelulares crescem lentamente, atingindo um tamanho de 1-2 cm ou mais de diâmetro, em geral apenas após anos de crescimento. Há uma aparência perolada, cérea, com vasos telangiectásicos facilmente visíveis. A característica perolada e translúcida destas lesões é a mais importante para o diagnóstico, um aspecto mais bem apreciado quando a pele é esticada. No dorso e no tórax, os carcinomas basocelulares aparecem como placas descamativas avermelhadas, algo brilhantes (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

Os médicos devem examinar rotineiramente toda a pele, procurando nodosidades, manchas e lesões crostosas. Enquanto examina a face, observar as margens palpebrais e os cantos mediais, o nariz e as pregas alares, os lábios e, em seguida, ao redor e atrás das orelhas (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

Tratamento

As lesões suspeitas de serem carcinomas basocelulares devem ser biopsiadas, por meio de curetagem ou pelo punch. A terapia visa, então, erradicar com deformidade estética mínima, em geral por excisão e sutura, com taxas de recidiva de 5% ou menos. A técnica de três ciclos de curetagem e eletrodissecação depende da habilidade do operador e não é recomendada para as lesões da cabeça e do pescoço. Depois de 4-6 semanas da cura, forma-se uma cicatriz larga, hipopigmentada e, por vezes, hipertrófica. A radioterapia é eficaz e, por vezes, apropriada para os indivíduos idosos (mais de 65 anos), mas os tumores recorrentes após a radioterapia são mais difíceis de tratar e podem se tornar mais agressivos. A radioterapia é o método mais caro para tratar o carcinoma basocelular e somente deve ser utilizada quando outras opções de tratamento não são apropriadas. A cirurgia de Mohs – a remoção do tumor seguida por exame histopatológico imediato através de cortes de congelamento das margens, com subsequente reexcisão das áreas tumorais positivas e o fechamento final da ferida cirúrgica – propicia as mais elevadas taxas de cura (98%) e resulta em perda tecidual mínima. É a terapia apropriada para os tumores das pálpebras, pregas nasolabiais, cantos dos olhos, orelhas e têmporas, para as lesões recorrentes ou onde se faz necessário poupar tecido por motivos estéticos. Como até metade dos pacientes com carcinoma basocelular desenvolverá uma segunda lesão, esses pacientes devem ser monitorados para detectar lesões novas ou recorrentes (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

Carcinoma espinocelular

Fundamentos do diagnóstico

- Úlcera que não cura ou nódulo verrugoso.
- Pele danificada por exposição prolongada ao sol.
- Comum em receptores de transplantes de órgãos com pele clara.

Em geral, o carcinoma espinocelular ocorre subsequente à exposição prolongada ao sol nas regiões expostas nos indivíduos com pele clara que se queimam ao sol com facilidade e se bronzeiam mal. Ele pode surgir a partir de uma ceratose actínica. As lesões aparecem como nódulos endurecidos, cônicos, avermelhados e pequenos, os quais ocasionalmente ulceram (**Fig. 3**). A frequência da metástase não é conhecida com exatidão, embora se diga que a disseminação metastática é menos provável com o carcinoma espinocelular que se origina de ceratoses actínicas que com aqueles que se originam primariamente. Nos carcinomas espinocelulares actinicamente induzidos estima-se que as taxas de metástases



Figura 3 – Carcinoma espinocelular. (Reproduzida, com permissão, de Berger TG, Dept Dermatology, UCSF).

sejam de 3 a 7% a partir de exames retrospectivos. Os carcinomas espinocelulares de orelha, lábio, cavidade oral, língua e genitália apresentam taxas de metástase muito mais elevadas e requerem tratamento especial (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

O exame da pele e a terapia são essencialmente os mesmos do carcinoma basocelular. O tratamento de eleição do carcinoma espinocelular é a excisão. A eletrodisecação, a curetagem e a radiação com raios X podem ser utilizados para algumas lesões, sendo que a excisão microscopicamente controlada de tecido fresco (Mohs) é recomendada para as lesões de alto risco (lábios, têmporas, orelhas, nariz) e para os tumores recorrentes. O acompanhamento do carcinoma espinocelular deve ser mais frequente e completo que o do carcinoma basocelular, começando a cada três meses com o exame cuidadoso dos linfonodos por 1 ano e, depois disso, duas vezes ao ano.

Além disso, a palpação dos lábios é essencial para detectar áreas firmes ou induradas que representam o carcinoma espinocelular inicial. Todos esses casos devem passar por biópsia. Carcinomas espinocelulares múltiplos são muito comuns na pele exposta ao sol dos pacientes de transplante de órgãos. A intensidade da imunossupressão, não o uso de qualquer agente imunossupressor em particular, é o principal fator de risco na determinação do desenvolvimento do câncer de pele após o transplante. Os tumores começam a aparecer depois de cinco anos de imunossupressão. O tratamento com voriconazol parece aumentar o risco de carcinoma espinocelular, especialmente após transplante pulmonar. Recomenda-se a avaliação dermatológica regular em receptores de transplante de órgãos de alto risco. O comportamento biológico do câncer de pele em receptores de transplante de órgãos pode ser agressivo, sendo necessário o controle criterioso. Outras formas de imunossupressão como a leucemia linfocítica crônica, HIV/Aids, e a imunossupressão ia-

trogênica crônica também podem aumentar o risco de câncer de pele e estar associados ao comportamento mais agressivo do câncer de pele ([PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015](#)).

Melanoma maligno

O melanoma maligno é a causa principal de morte em decorrência de doença cutânea. Em 2012, ocorreram 76.250 casos de melanoma nos Estados Unidos, com 44.250 casos nos homens (representando 4% de todos os cânceres nos homens) e 32.000 casos nas mulheres (representando 3% de todos os cânceres em mulheres). Houve 8.790 mortes por melanoma em 2011. Um em quatro casos de melanoma ocorre antes de 40 anos. A detecção aumentada de melanomas precoces causou aumento na sobrevida, mas as mortes por melanoma continuam a crescer, principalmente nos homens idosos ([PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015](#)).

O melanoma constitui menos de 5% dos cânceres de pele, mas é responsável por cerca de 95% das mortes por câncer de pele e sua incidência tem aumentado em todo o mundo nas últimas décadas. Fatores de risco para o desenvolvimento de melanoma incluem exposição raios ultravioleta (UV), bem como raios características fenotípicas, como pigmentação clara da pele / cabelo, presença de múltiplos nevos, imunossupressão e história de família ([VAZQUEZ et al., 2015](#)).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) a projeção para 2018 é de 6260 casos de melanoma, representando 3,6% de todos os cânceres de pele, com 1547 mortes relacionadas ([MELO et al., 2018](#)).

Certas populações, como homens com mais de 60 anos e grupos com menor nível socioeconômico, enfrentam maior risco dessa doença. Para qualquer estágio e em todas as idades, os homens mostraram pior sobrevida do melanoma que as mulheres e grupos socioeconômicos mais baixos tinham maiores níveis de mortalidade. Quase 50% dos pacientes desta coorte tinham mais de 60 anos. É uma taxa muito alta em idosos homens considerando que menos de 20% da população brasileira tem mais de 60 anos. Isso é completamente de acordo com a maioria dos dados globais que apontam a idade como o maior risco de apresentar-se ou morrer devido a melanoma. Da maioria dos pacientes que tiveram menos escolaridade e podem representar um grupo que trabalha ao ar livre foram mais prevalentes ([MELO et al., 2018](#)).

No estudo de [Melo et al. \(2018\)](#), a distribuição de etnia / cor da pele dos casos de melanoma foi composta por 75,0% de brancos, 21,9% de pardos, 2,4% de pretos e 0,7% de amarelos / indígenas, enquanto no país 50,2% são de brancos, 42,5% de pardos, 6,6% pretos e 0,7% amarelos / indígenas.

Fundamentos do diagnóstico

- Pode ser plano ou elevado.
- Deve ser suspeitado em qualquer lesão cutânea pigmentada com alteração recente

na aparência.

- Exame com boa iluminação pode mostrar coloração variada, incluindo vermelho, branco, negro e azulado (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).
- As bordas são comumente irregulares.

A espessura do tumor é o fator prognóstico isolado mais importante. As taxas de sobrevida por 10 anos – relacionadas com a espessura em milímetros – são as seguintes: < 1 mm, 95%; 1-2 mm, 80%; 2-4 mm, 55%; e > 4 mm, 30%. Com o envolvimento de linfonodos, a taxa de sobrevida por cinco anos é de 30%; com as metástases a distância, é inferior a 10% (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

Achados clínicos

Os melanomas malignos primários podem ser classificados em diversos tipos clínico-histológicos, incluindo o melanoma maligno lentiginoso (que se origina na pele de indivíduos idosos cronicamente expostos ao sol), melanoma maligno com disseminação superficial (dois terços de todos os melanomas que se originam na pele exposta ao sol de modo intermitente), melanoma maligno nodular, melanomas acrais-lentiginosos (que se originam nas regiões palmares, plantares e nos leitos ungueais) e melanomas malignos nas mucosas. Esses diferentes tipos clínicos de melanoma parecem ter mutações oncogênicas diferentes, as quais podem ser importantes para o tratamento de pacientes com doença avançada (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015). Melanomas acrais-lentiginosos (que se originam nas regiões palmares, plantares e nos leitos ungueais) são mais frequentes em pessoas de pele escura.

As características clínicas das lesões pigmentadas suspeitas para melanoma são a borda incisada irregular, onde o pigmento parece estar extravasando para dentro da pele adjacente normal; uma topografia que pode ser irregular, isto é, parcialmente elevada e parcialmente plana (**Fig. 4**). A coloração variada está presente, sendo que cores como rosa, azul, cinza, branco e negro constituem indicações para a referência. Um processo mnemônico útil é a regra do ABCD: Assimetria, irregularidade da Borda, Cor variada e Diâmetro superior a 6 mm. Pode ser adicionado o “E” para Evolução (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

A história de um sinal que se altera (evolução) é o mais importante motivo histórico isolado para a avaliação rigorosa e possível referência. O sangramento e a ulceração constituem sinais ruins. Um nevo que se destaca dos outros nevos do paciente merece atenção especial – o “sinal do patinho feio”. Um paciente com um grande número de nevos está, do ponto de vista estatístico, em risco aumentado para o melanoma e merece o exame minucioso e periódico, principalmente quando as lesões são atípicas. O encaminhamento no caso de lesões pigmentadas suspeitas sempre é apropriado (PAPADAKIS; MCPHEE; RABOW, 2015).

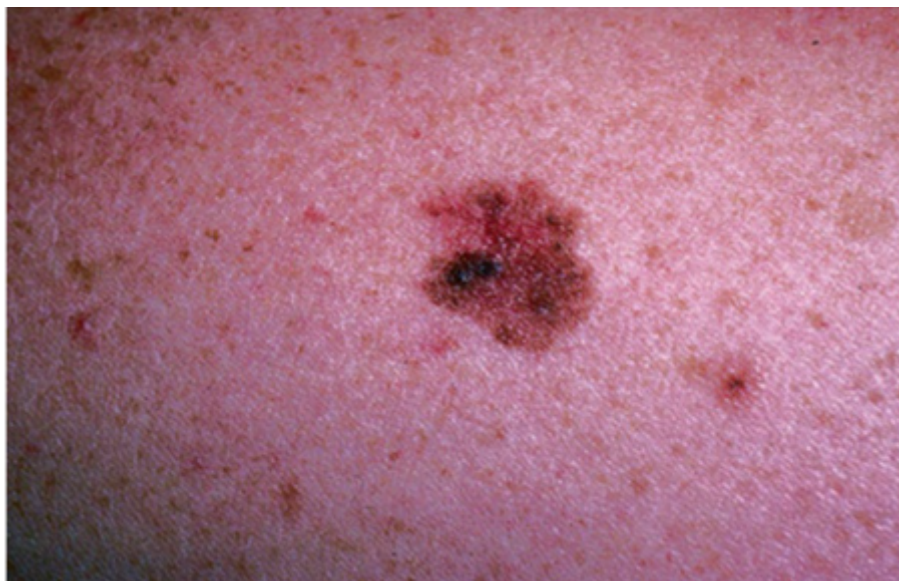


Figura 4 – Melanoma maligno com múltiplas cores e as clássicas manifestações “ABCDE”. (Utilizada, com permissão, de Berger TG, Dept Dermatology, UCSF)

Tabela 4 – Critérios clássicos ABCDE para lesões cutâneas suspeitas.

Si- gla	Caracte- rística	Mais provavelmente benigna	Mais provavelmente maligna
A	Assimetria	Simétrica (metade direita parece	Assimétrica (em > 2 eixos) com metade esquerda)
B	Bordos	Bem definidos	Irregulares ou borrados
C	Cor	Uniforme	Variada (duas ou mais cores)
D	Diâmetro	< 6mm	> 6mm
E1	Elevação	Superfície plana	Superfície elevada
E2	Evolução	Estável em tamanho e aparência	Aumento, mudanças na espessura ou sangramento

Pacientes com número de nevos melanocíticos superior a 50 lesões, mais de cinco nevos atípicos, com história prévia ou familiar de câncer de pele devem ser orientados quanto ao seu risco superior de desenvolver melanoma em relação à população em geral. O seguimento ou mapeamento digital de nevos por meio de fotografias e/ou dermatoscopia é indicado em pacientes com múltiplos nevos atípicos que têm histórico familiar ou progresso de melanoma, devendo ser feito em intervalos de três meses a um ano dependendo do caso (DUNCAN; SCHIMIDT; GIUGLIANI, 2013).

Em relação à topografia, o principal diagnóstico de melanoma no tronco (27,1%) seguido membros inferiores / quadris (26,2%), cabeça e pescoço (19%) e membros / ombros superiores (14%). Mais de 50% dos casos representavam pacientes com ensino fundamen-



Figura 5 – Palestra com grupos de idosos na UBS em Salvador do Sul/ RS.



Figura 6 – Palestra com grupos de idosos na UBS em Salvador do Sul/ RS.

tal incompleto e 77,1% de todo o grupo foi encaminhado pelas instalações do sistema público de saúde centros de atendimento terciário (MELO et al., 2018).

Atualmente, ocorre melhoria da sobrevida em câncer de melanoma mundialmente, e também no nosso país, pode ser atribuída a diagnóstico precoce. Em relação à mortalidade no Brasil, os resultados aqui apresentados foram bastante semelhantes ao mesmo intervalo de tempo com mortalidade em homens variando de 0,85 a 0,90 por 100.000 e nas mulheres diminuindo de 0,56 para 0,53 por 100.000. Embora as taxas de incidência continuaram a aumentar nas coortes de nascimentos recentes, as taxas de mortalidade se estabilizaram em muitos países (MELO et al., 2018).

Discussão

De acordo com Silva et al. (2017) , o tipo de câncer de pele não melanoma tem uma

alta incidência, mas uma baixa mortalidade, com altas taxas de cura, principalmente quando diagnosticada cedo. O carcinoma basocelular é o tumor cutâneo mais comum, representando entre 70% e 80% dos diagnósticos e ocorrendo quase exclusivamente em áreas expostas à radiação solar. O carcinoma espinocelular pode ocorrer em áreas do corpo expostas à radiação solar de forma intermitente representando 25% dos casos. As campanhas contra o câncer de pele realizadas anualmente pela sociedade brasileira de dermatologia (SBD) em seus serviços credenciados tem como objetivo aumentar o diagnóstico precoce da doença e, portanto, as chances de cura. Foi concluído no estudo citado que ainda existe uma demanda tardia da população de São Paulo para diagnóstico, demonstrando a grande importância de realizar campanhas como forma de garantir eixo mais rápido da população a um dermatologista e, portanto, diagnóstico e tratamento precoces de câncer de pele.

Esse resultado é ainda mais válido na região Sul do país, onde há maior incidência e prevalência desses tipos de câncer de pele. É a região mais suscetível do país. Concordamos que é importante também o encaminhamento para o especialista, dado a dificuldade diagnóstica e o tratamento tópico precoce de lesões pré-malignas, tais quais ceratose actínica.

O número de novos casos de melanoma aumentará em todo o mundo por causa do envelhecimento da população e altas taxas de melanoma em idosos. Isto está acontecendo no Brasil, que tem uma das populações mais jovens do mundo, com idade média de 29 anos, prevendo que a maioria os casos de melanoma estão por vir (MELO et al., 2018). Essa tendência é especialmente válida na região Sul do país e na Serra Gaúcha, região de colonização alemã há mais de 190 anos e italiana há cerca de 150 anos, em média, onde os colonos compõem uma população envelhecida, pois os jovens preferem migrar para as cidades. No entanto, como mostraram os estudos citados, esse câncer também acomete os brancos descendentes de portugueses e os pardos, assim como, raramente, os de pele escura, portanto não há exceção em quem pode ser acometido.

Os colonos também possuem décadas de exposição solar sem proteção solar, pois os equipamentos de proteção individual e protetores solares são prática recente. Felizmente, os sindicatos rurais oferecem protetores solares com preço competitivo para essa população.

Dado o exposto, é importante fazer-se campanhas para conscientizar os pacientes sobre as lesões de pele, informando a população em geral para observar lesões de pele em áreas expostas e caso surja uma lesão suspeita, deve ser encaminhado à Unidade Básica de Saúde, que vai triar casos quais devem ser encaminhadas para o especialista, dado a dificuldade diagnóstica e o tratamento tópico precoce de lesões pré-malignas, tais quais ceratose actínica. Os critérios clássicos ABCDE para lesões cutâneas suspeitas são uma ótima ferramenta. A campanha de câncer de pele da Sociedade Brasileira de Dermatologia também é um importante suporte para o manejo dessa patologia que pode ser curada se

diagnosticada precocemente. Especial atenção deve ser dada ao melanoma devido a sua taxa de mortalidade. Devem ser feitas biópsias em lesões suspeitas que não responderam ao tratamento tópico (físico- aplicação de nitrogênio líquido na ceratose actínica ou químico) em cerca de 3 meses. Foi feita uma palestra para a população geral da UBS e para os agentes de saúde.

4 Metodologia

Foi feito um levantamento da literatura nacional de prevalência e incidência de neoplasias malignas e lesões-pré-neoplásicas visando mostrar que a doença é prevalente no Sul e importante para comunidade alvo da UBS que trabalhamos. O compilado dessas informações será apresentado para os ACS em reunião de equipe que ocorre a cada 15 dias, vamos separar 30 minutos da reunião para apresentação de dados e mais 30 minutos para debates e abrir para perguntas. Também será produzido um banner com as informações e figuras selecionadas do material pesquisado para ser colocado na unidade de modo que os pacientes vejam na sala de espera. Por fim, a atividade educativa ocorrerá após a pandemia, o local e a hora serão programados conforme agenda da unidade e profissionais envolvidos.

5 Resultados Esperados

Espera-se que com estas ações seja possível conscientizar os ACS sobre a importância da realização de campanhas sobre as lesões de pele, informando a população em geral para observar lesões de pele em áreas expostas e caso surja uma lesão suspeita. Destaca-se a importância do papel dos ACS. A expectativa é que eles compreendam o fluxo de atendimento para que assim possam explicar a população os casos que devem ser encaminhados à Unidade Básica de Saúde, e os casos que devem ser encaminhados para o especialista, dado a dificuldade diagnóstica e o tratamento tópico precoce de lesões pré-malignas, tais quais ceratose actínica. A campanha de câncer de pele na UBS por meio do banner na sala de espera, assim como a palestra visa alertar os pacientes sobre essa patologia e que pode ser curada se diagnosticada precocemente.

Referências

- CORRÊA, M. P.; DUBUISSON, P.; PLANA-FATTORI, A. An overview of the ultraviolet index and the skin cancer cases in brazil. *Photochemistry and photobiology*, n. 78, p. 49–54, 2003. Citado na página 13.
- DUNCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. *Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed, 2013. Citado na página 22.
- GOLDMAN, L.; SCHAFER, A. I. *Tratado de Medicina Interna*. São Paulo: Elsevier, 2017. Citado na página 13.
- ISHIOKA, P. et al. Prevalence of precancerous skin lesions and non-melanoma skin cancer in japanese-brazilians in bauru, são paulo state, brazil. *Cad. Saúde Pública*, v. 25, n. 5, p. 965–971, 2009. Citado 2 vezes nas páginas 14 e 16.
- MELO, A. C. de et al. Melanoma signature in brazil: Epidemiology, incidence, mortality, and trend lessons from a continental mixed population country in the past 15 years. *Melanoma research*, v. 28, n. 6, p. 629–636, 2018. Citado 3 vezes nas páginas 20, 22 e 24.
- PAPADAKIS, M. A.; MCPHEE, S. J.; RABOW, M. W. *Current Medicina - Diagnóstico e Tratamento*. São Paulo: Artmed, 2015. Citado 8 vezes nas páginas 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 e 22.
- SILVA, L. C. e et al. Índice diagnóstico de neoplasia cutânea em campanha de combate ao câncer da pele em serviço dermatológico no interior do estado de são paulo. *Surg. Cosmet. Dermatology*, v. 9, n. 4, p. 314–315, 2017. Citado 3 vezes nas páginas 13, 14 e 22.
- TOY, E. C.; BRISCOE, D.; BRITTON, B. *Casos Clínicos em Medicina de Família e Comunidade: Caso 13*. São Paulo: AMGH Editora Ltda, 2013. Citado na página 14.
- VAZQUEZ, V. de L. et al. Melanoma characteristics in brazil: demographics, treatment, and survival analysis. *BMC Research Notes*, p. 4–8, 2015. Citado na página 20.